

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

VOL. XV

SETEMBRO DE 1952

N.º 3

Sumário:

	Pág.
<i>Vagotomia ou gastrectomia? — Experiência Americana — DR. SABINO VIEIRA DE FREITAS JR.</i>	35
<i>Tuberculose hiperplástica do colon sigmóide DR. EDISON DE OLIVEIRA</i>	42
<i>Movimento do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas em 1952 — DR. ADEMAR ALBANO RUSSI</i>	47



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Editado mensalmente pelo SANATÓRIO SÃO LUCAS
(Instituição para o progresso da Cirurgia)

sob a direção de:

Dr. ADHEMAR NOBRE

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

+

Orgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

DIRETORIA 1953 - 1954

Presidente:

Dr. Ademar Albano Russi.



Vice-Presidente:

Dr. Paulo G. Bressan.

1.º Secretário:

Dr. Eurico Branco Ribeiro.

2.º Secretário:

Dr. José Saldanha Faria.

1.º Tesoureiro:

Dr. Elza Leontina Avieksts.

2.º Tesoureiro:

Dr. Jacyr Quadros.

Bibliotecário:

Dr. Luiz Branco Ribeiro.

Conselho Consultivo:

Dr. Roberto De Luca.

Dr. Waldemar Machado.

Dr. Moacyr Boscardin.

Dr. João Noel von Sonnleithner.

Dr. Adhemar Nobre.

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XV

SETEMBRO DE 1953

N.º 3

Vagotomia ou gastrectomia? — Experiência Americana

DR. SABINO VIEIRA DE FREITAS JR. (*)

*(Ex - 1.º Assistente dos Profs. Max e Philip Thorek, em Chicago — Ex-Assist.
V. dos Profs. Hollinger e Johnston da Univ. de Illinois).*

A vagotomia simples foi proposta há cerca de dez anos por Dragstedt, do Billings Hospital da Universidade de Chicago, como um sucedaneo revolucionário para a cura da úlcera duodenal, em substituição à gastrectomia ampla. Esta, de vinte anos à data de hoje, tinha adquirido grande prestígio em todo o mundo para a cura dos 15 a 20% dos casos de úlcera do duodeno em que havia obstrução, perfuração, hemorragia e impossibilidade de tratamento clínico.

Com os sucessos iniciais da vagotomia simples parecia que a gastrectomia ia ficar reservada sómente ao tratamento cirúrgico das lesões gástricas.

Depois, porém, do entusiasmo inicial veio o relatório de um grande número de fracassos e a vagotomia passou a ser associada à gastroenteroanastomose.

Verificou-se com o passar dos anos que essa associação da vagotomia com a gastroenteroanastomose não colimava os fins propostos.

Não desanimaram, no entanto, os cirurgiões norte-americanos com a vagotomia e recentemente passaram a praticá-la associada à própria gastrectomia sub-total cujos perigos, mortalidade, recorrência e dificuldades haviam sido a razão de ser original da secção do vago.

Do estudo comparativo que vamos fazer vai se verificar que os resultados da gastrectomia simples são, porém, superiores aos da gastrectomia associada à vagotomia. E da observação do cyclo:

(*) Trabalho apresentado à reunião do Colégio Brasileiro de Cirurgiões na sessão de 16 de abril de 1958.

vagotomia simples, vagotomia mais gastroenterostomose e, finalmente, vagotomia mais gastrectomia se pôde deduzir facilmente que a vagotomia é um processo cirúrgico em declínio, reservado não mais indistintamente à maioria dos casos de úlcera duodenal cirúrgica, mas sómente ao pequeno número deles em que a gastrectomia sub-total simples não possa ser praticada.

ESTUDO COMPARATIVO

Sobre a vagotomia simples dispomos dos resultados publicados por:

Dragstedt e Camp — 55 pacientes, observados durante 2 e meio a 5 anos — 45 (84%) obtiveram bons resultados.

Moore — 116 doentes observados durante 5 a 45 meses — 97 (84%) tiveram boa melhora.

Grimson — observou 36 doentes de 13 meses a 4 anos — 23 (64%) apresentaram boa melhora.

Relativamente à *vagotomia associada à piloroplastia ou à gastro-enterostomia* foram divulgados os seguintes dados:

Grimson — 100% de 29 pacientes com bons resultados 13 meses a 4 anos após a operação.

Walters — 67 entre 75 enfermos (89%) foram observados de um mês à três anos e apresentaram resultados satisfatórios.

Stein e Mayer — 40 pacientes com úlceras duodenais ou anastomóticas, conservados durante 28 a 50 meses: — 65% bom resultado, 25% mais ou menos e 10% com escassa melhora.

Pollard, Bolt, Ransom e Orebaugh, do Hospital da Universidade de Michigan publicaram recentemente sua estatística comparativa de doentes submetidos 1) à vagotomia isolada (seja transtorrácica, seja abdominal), 2) à vagotomia mais gastro-enterostomia posterior ou mais piloroplastia, 3) à vagotomia mais ressecção parcial e 4) vagotomia isolada feita depois de gastro-enterostomias com úlceras marginais.

A observação desses enfermos compreendeu o período de um ano, de julho de 1946 a julho de 1947.

Os enfermos foram em número de 38, sendo 35 homens e 3 mulheres.

Idade: — entre 25 e 66 — Média idade: — 49 anos. Todos eram portadores de úlcera crônica recorrente, dos quais 18 (47,3%) tinham evidência radiológica há mais de dois anos. O tratamento clínico fôr tentado sem resultado.

Não houve, em nenhum deles, hemorragia, obstrução ou perfuração. Dos restantes 20 pacientes: — 8 (21%) tinham tido san-

gramentos repetidos — 5 (13,5%) tinham sintomas persistentes de obstrução com confirmação radiológica — 4 (10,5%) tinham história prolongada de úlcera com perfuração — 2 (5,3%) história de sangramento e obstrução e um (2,6%) tinha história de perfuração e apresentava obstrução quando visto.

12 pacientes — vagotomia somente, 7 transtorácicas e 5 abdominais.

21 vagotomia mais gastro-enterostomia posterior ou piloroplastia.

3 vagotomia mais ressecção subtotal do estômago.

2 vagotomia isolada depois de gastro-enterostomia isolada com úlceras marginais.

Tests pré e pos operatório de insulina (Hollander) foram feitos em 33 dos 38 pacientes.

Negativo — Assucar caindo abaixo de 40 mgs. por cento sem elevação concomitante da acidez gástrica livre.

Duvidoso — Elevação menor de 10 unidades clínicas.

Positivo — Si maior.

24 enfermos (72,7%) tiveram tests de Hollander negativos no pos operatório.

5 pacientes (15,2%) tiveram resultados positivos.

4 (12,1%) função vaginal parcial.

Ulterior observação desses pacientes revelou: — Ao fim do primeiro ano, 34 (89,5%) com resultados considerados satisfatórios e 4 (10,5%) com resultados considerados não satisfatórios.

Ao fim do 2º ano — há 29 pacientes (78,4%) na classe dos resultados satisfatórios e 8 (21,6%) com resultados não satisfatórios.

Pacientes que foram submetidos somente à vagotomia: — fracasso ao fim de um ano 16,6%; ao fim de dois anos, 36,4% e ao fim de cinco anos, 36,4%. Ao fim de cinco anos 63,6% de resultados satisfatórios e 36,7% de resultados não satisfatórios, tendo havido recorrência em 18,2%.

21 enfermos foram submetidos à vagotomia e gastroenterostomia ou piloroplastia durante o período de Julho de 1946 a Julho de 1947. Ao fim de um ano 90,5% apresentava resultados satisfatórios, 9,7% não satisfatórios. Ao fim de cinco anos, 85,7% foram considerados satisfatórios, 14,3% não satisfatórios e 4,7% tiveram recorrência.

O resultado de cinco foi igual ao de dois anos.

Na vagotomia isolada o fracasso consistia em anorexia, entumescimento do ventre, diarréa e grande retenção gástrica.

Os fracassos na vagotomia combinada consistiram em tremores pos-prandiais, sudorese, visão baralhada e lipotimias, 30 minutos a duas horas depois das refeições.

A gastrectomia apresenta mortalidade operatoria de 3 a 5%. 75 a 90% apresenta resultados pos-operatórios excelentes.

Em menos de 10% os resultados da gastrectomia são fracos.
Úlcera recorrente - 3 a 4% dos casos.

O quadro seguinte representa uma comparação dos resultados obtidos com a gastrectomia por vários cirurgiões norte-americanos:

GASTRECTOMIA

<i>Autor</i>	<i>Ano</i>	<i>Follow up %</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Resultados satisfatórios %</i>	<i>Mortalidade %</i>	<i>Recurrência %</i>
S. John.....	1939	4,3	55	76,4	18	0
Heuer.....	1944	2,5	83	81,9	6	0
Rienhoff.....	1945	2,10	260	78	2	9
Allen & Welch.	1946	3,4	129	87	5,1	2,3
Gaviser.....	1948	5	139	79	5,6	0
Crile.....	1948	—	44	58	4	0
Hinton.....	1950	1,10	162	90	3,7	1,8
Moore & outros	1950	4,8	155	76,1	2,86	0
Colp & outros.	1952	5	206	89,3	0	4,9

COMPARAÇÃO MÉDIA

Houve resultados satisfatórios em 86,8% contra 85,7% de resultados satisfatórios nos casos submetidos à vagotomia associada à gastroenterostomia.

Recurrência

9,4% nos casos de gastrectomia.

4,7% nos casos de vagotomia associada a gastroenteroanastomose.

Mortalidade

6,1% gastrectomias.

0% vagotomias com gastroenteroanastomose.

Estudo comparativo de 99 casos de gastrectomia e de 30 casos de gastrectomia com vagotomia. (Palumbo, Louis T. — Paul R. E. e Westley G. T. A. M. A. — Arch. of Surgery 64: 756 June, 1952).

Em 99 casos de gastrectomia — 72 com follow up — 3 mortes — Complicações post-operatórias em 28; principalmente pulmonares.

A analise gástrica poss-operatória não revelou acidez livre no líquido de jejum em 51 casos, como também depois da aplicação de histamina em 35. Em 5 casos o líquido de estase revelou 1 a 40 unidades de ácido livre. Em 21 pacientes houve um aumento de ácido livre de 1 a 40 unidades depois da injeção de histamina. 68 doentes ganharam peso e 32 não tiveram alteração de peso depois da operação.

97% alívio completo da dor. 80% não necessitaram de dieta. 20% seguiram dieta moderada. 88% adquiriram bom apetite. 90% ficaram livres de náuseas, vômitos e mau estar após as refeições. 18% apresentaram dumping síndrome, em graus variáveis. 65% não requereram refeições frequentes. 31% necessitaram mais de 3 refeições diárias para manter ou ganhar peso. 61% foram estudados radiologicamente. O tempo de esvaziamento medio foi de 45 a 90 minutos. Dois apresentaram úlcera marginal ou do estômago. 87% dos pacientes apresentaram melhora geral com completo alívio dos sintomas.

A anastomose usada nesses casos foi a ante-cólica com alça curta.

Em 30 pacientes de gastrectomia associada à vagotomia - 26 tiveram follow up por 32,6 meses.

1 caso de morte no 9.^o dia devido a perfuração duodenal e peritonite generalizada. 9 tiveram complicações post-operatórias.

19 apresentaram à análise gástrica post-operatória a ausência completa e persistente do ácido clorídrico livre no líquido de jejum depois do test de insulina de Hollander e depois da injeção de histamina. Em somente 1 paciente desse grupo houve um aumento de ácido livre de 0 a 6 graus depois da administração de histamina.

O estudo da secreção gástrica feito em 10 pacientes desse grupo mostrou 367 cc em media com ausência de ácido clorídrico livre.

43% ganharam peso. 25% perderam peso. 32% permaneceram sem alteração. 70% foram aliviados das dores de úlcera. 22% queixaram-se de dor leve. 8% como antes da operação. 72% puderam viver sem dieta e 28% tiveram que viver com dieta moderada. 80% ficaram com bom apetite. 77% não tiveram náuseas. 23% não tiveram mau estar após as refeições. 6 pacientes apresentaram dumping síndrome de grau diverso. 48% não necessitaram de três refeições diárias. 48% necessitaram de 4 a 6 refeições e 4% necessitaram de mais de 6 refeições diárias.

Em todos os casos houve dilatação gástrica e atonia no post-operatório imediato. Esta melhorou em alguns doentes mas em 62,4% o esvaziamento continuou retardado.

Em 37,5% dos casos houve um resíduo gástrico depois de 6 horas. Em 4,1% houve retenção de 4 horas e em 20% o bário ainda era verificado no estômago decorridas 3 horas.

O estudo do trânsito revelou a coluna de bário em 33,3% apes 5 horas e em 37,5% apes 4 horas. Em 8 pacientes houve segmentação e anormalidades no desenho do intestino delgado principalmente no ileo superior e jejuno.

Não houve ocorrência de úlcera péptica pos-operatória.

Em 15 pacientes foi feita a gastroscopia; 14 apresentavam gastrite. 1 tinha mucosa gástrica normal. 5 eram portadores de gastrite severa, alguns dos quais sem sintomas, e outros com dumping síndrome e queixas gastro-intestinais. 78% tiveram alívio completo dos sintomas.

Minha observação pessoal gira sobre 14 casos, operados no American Hospital, de Chicago durante 1 ano. Preparei os doentes para a intervenção cirúrgica, fui primeiro auxiliar e tomei conta do post-operatório.

Os dois primeiros foram operados de urgência. Havia sofrido vagotomia associada a gastroenterostomia há 3 e 2 anos, respectivamente, naquele mesmo Serviço. Ambos, quando vieram ao Hospital apresentavam quadro clínico semelhante: vômitos, grande distensão abdominal, parada de gases e fezes, pulso rápido, facies de intoxicação. A radiografia simples do abdome revelou a presença de gases no intestino delgado. O primeiro foi laparotomizado e encontrou-se torsão parcial do jejuno proximal. Foi feita uma jejuno-jejuno-anastomose tipo Jaboulay-Braun. O paciente teve um pos-operatório acidentado mas conseguiu sair vivo do Hospital. Um mês depois, quando voltou a ver-nos, apresentava distensões post-prandiais, com pequenas crises de diarréa alternadas. Alguns meses mais tarde, tornamos a vê-lo; estava nas mesmas condições. O segundo sofreu laparotomia, degastro-enteroanastomose, termino-terminal, gastrectomia parcial e gastro-entero pre-cólica com alça fixa. Teve pos-operatório tranquilo. Três meses depois estava em franca convalescência.

Seguiram-se 8 casos de vagotomia e gastro-entero-anastomoses primárias, por úlceras duodenais. Todos eles tiveram grande distensão pos-operatória durante 4, 5, e 6 dias, com pulso rápido, apesar da sucção moderada contínua pelo tubo de Levin.

Dois deles apresentaram grande sideração nervosa.

Sem exceção de 1 só, todos eles apresentavam um, dois e três meses após a operação as mesmas distensões pos-prandiais e a mesma sensação de fraqueza e mau estar. Muitos deles apresentavam alternação de diarréa e prisão de ventre.

O 11º foi um caso sub-agudo. Havia sido operado em nosso Serviço há cerca de 4 anos. Sentiu-se melhor por dois anos. Depois disso começou a ter perturbações digestivas, pequenos vômitos, distensões abdominais e tontura após as refeições. Finalmente esses sintomas se agravaram e passou a vomitar tudo o que comia. Aos

Raios X e à laparotomia apresentou estreitamento da boca anastomótica. Foi degastrostomizado e gastrectomizado. Pos-operatório normal e convalescência normal.

Os três restantes tiveram pos-operatório normal porém eu não os vi posteriormente porque deixei o hospital para trabalhar com o Prof. Hollinger, na Universidade de Illinois, um mês após suas operações.

Em conclusão: — do estudo das estatísticas anteriores e de minhas observações pessoais cheguei a concluir que: — quanto mais vagotomias, menos vagotomias e mais gastrectomias.

REFERÉNCIAS

- 1) Dragstedt, L. R and Camp E. H. — Follow up of Gastric Vagotomy Alone in the treatment of Peptic Ulcer-Gastroenterology 11:460, 1948.
- 2) Grimson, K. S. and others — Vagotomy-Clinical Experiences during 4 years — J. A. M. A. 139:508, 1949.
- 3) Moore, F. D. — Follow up of vagotomy in Duodenal Ulcer — Gastroenterology — 11:4442, 1948.
- 4) Palumbo, Louis T. and others — Partial Gastrectomy with and without Vagus Resection in Treatment of Duodenal Ulcer. Comparative analyses of Results of Gastrectomy Alone and Combined with Infra — Diaphragmatic Vagus Resection. A. M. A. — Archives of Surgery, 64:756, June, 1952.
- 5) Pollard, Marvin H. and others — Comparison of Results of Vagotomy and Sub-Total Gastrectomy for Duodenal Ulcer. J. A. M. A. Dec. 13, 1952, vol. 150, n.º 15.
- 6) Stein, I. F. — and others. — Studies on Vagotomy in the treatment of Peptic Ulcer-Clinical and Physiological Results $\frac{3}{4}$ year after surgery. Surg. Gynec. & Obst. 93:625, 1951.
- 7) Walther and others — Present Status of the treatment of Peptic Ulcer — Michigan Medical Soc. — 48:202, 1949.

Tuberculose hiperplástica do colon sigmoide.

DR. EDISON DE OLIVEIRA

- 1) Livre-Docente de Proctologia da Faculdade de Ciências Médicas.
2) Assistente de Cirurgia e Proctologia da Escola Paulista de Medicina.
3) Fellow do Col. Int. de Cirurgia. Do Colégio Brasileiro de Cirurgia.

A tuberculose hiperplástica, hipertrófica ou produtiva do colon, segundo alguns autores, é primária, embora para outros ela o seja aparentemente.

Já a tuberculose ulcerativa do colon é considerada como secundária à uma lesão assestada nos pulmões ou em outra parte do organismo.

A tuberculose hiperplástica do colon localiza-se, com grande frequência, no ceco e sua ocorrência diminui à medida que se aproxima do reto, daí a tuberculose hipertrófica do reto ser a forma mais rara.

O primeiro caso de tuberculose produtiva do colon foi relatado por DUGET, em 1869. Tratava-se dum caso de tumor do ceco, com as características da forma hipertrófica da molestia, encontrado no decorrer da autopsia. Em 1890, Hartmann e Pilliet descrevem mais dois casos, também esses de tuberculose hipertrófica do ceco.

Este tipo de tuberculose, geralmente, é limitado a um segmento do colon, como no caso presente, mas pode estender-se a vários segmentos ou mesmo a todo o colon.

A localização ao nível do colon sigmoide é rara.

Nos 100 casos relatados por Mumery em sómente seis localizava-se a lesão, ao nível do sigmoide.

W. J. MAYO, citado por BARGEN, RANKIN e COPELAND, refere-se à sua raridade e apresenta dois casos com essa localização.

BOESE, de Viena, citado por QUENÚ, apresentou, em 1908, um caso e DAVIS, em 1933, relata mais três casos.

QUENÚ, em 1949, num total de 10 casos de tuberculose do colon que operou no decorrer de vinte e três anos, relata um único caso de tuberculose hipertrófica do colon sigmoide.

BARGEN, RANKIN e COPELAND, em 1930, apresentam dois casos.

Em 1946, HAROLDO SODRÉ e colaboradores fazem uma revisão dos relatórios de 23.564 autopsias e verificam que em 957 havia tuberculose intestinal, sendo que em sómente 4 casos era ela primária do intestino. Verificam, também, que a lesão se assesta mais freqüentemente ao nível do esfínter ileocecal e do ileo-terminal.

Separam 200 casos e assinalam que em 97 as lesões se assestam no ceco e colon, não informando, contudo, o tipo de lesão, se ulcerosa ou hipertrófica, e nem em que segmentos do colon foram encontradas.

Como já foi assinalado, a tuberculose hipertrófica é, na maioria das vezes, localizada, e caracteriza-se por uma hiperplasia fibrosa enquanto a classificação é o apanágio da forma ulcerativa. Via de regra a mucosa não apresenta ulceração e se apresenta intacta.

Não raro, formações polipoides são encontradas ao nível do segmento lesado, fazendo lembrar um cancer do colon, e daí a sua denominação de tuberculose pseudo-neoplásica.

O aspecto macroscópico é semelhante ao apresentado pelo cancer do colon pelo que se explica ser freqüentemente diagnosticado como tal. Como bem assinala MURRAY "raramente tem sido diagnosticado antes da operação e muitas vezes sómente após o exame microscópico é feito seu diagnóstico".

Os sintomas da tuberculose hiperplástica do colon são aqueles duma peri-colite crônica ou dum cancer. Nessas condições tumór, dôr, diarréia, perda de sangue nas fezes, febre e constipação são os sintomas que só ou em conjunto podem aparecer. Surtos de obstrução parcial ou um de obstrução aguda também podem aparecer.

Ao contrário do cancer do colon a tuberculose hiperplástica é uma doença mais frequente entre os 30 e 40 anos, o que pode auxiliar no diagnóstico diferencial. Menos frequente que o cancer do colon (QUENÚ em 23 anos opera 10 casos de tuberculose do colon para 200 casos de cancer ceco-cólico) a grande maioria é diagnosticada como cancer, o diagnóstico de tuberculose hiperplástica só sendo feito após o exame microscópico.

O exame radiológico com enema baritado pode mostrar uma falta de enchimento, segundo muitos autores, não distinguível do cancer do colon. Imagens outras podem ser encontradas e que se assemelham às fornecidas pelo cancer do colon.

Por isto não é de se extranhar ter sido feito o diagnóstico clínico, radiológico e operatório de cancer do colon na quasi totalidade dos casos citados na literatura, como o foi também no presente caso.

O tratamento da tuberculose hiperplástica do colon é a ressecção. Na impossibilidade de executá-la deve-se recorrer à derivação, interna ou externa.

A possibilidade duma degeneração maligna secundária é muito exagerada; encontram-se, na literatura, alguns poucos casos como os de HERZOG (citado por DAVIS) e o de CROWDER (citado por MUMERY). São muito raros para indicarem a ressecção como indispensável.

O B S E R V A Ç Ã O

J. M. O. — 72 anos — branco — viúvo — lavrador — brasileiro. Até há 3 anos evacuava diariamente. Dessa data para cá, às vezes, passava 1 a 2 dias sem evacuar e durante a evacuação precisava fazer muita força. Nessa ocasião, de quando em quando, notava um pouco de sangue vivo nas fezes. Com o tratamento indicado por um médico melhorou, passando bem durante 1 ano. Há 2 anos voltaram os mesmos sintomas, a saber, constipação e às vezes sangue vivo nas fezes.

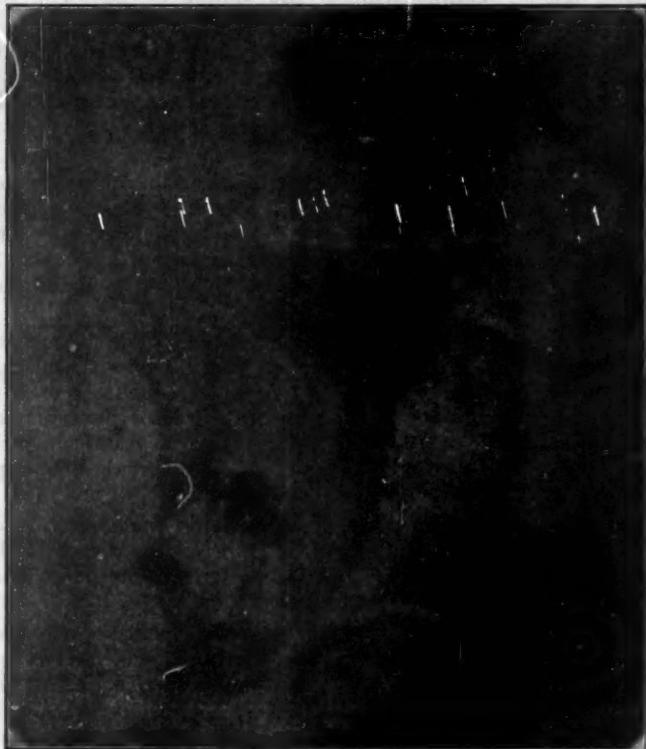


Fig. 1

Ha 4 meses notou o aparecimento dum tumor na porção inferior e esquerda do abdomen e do tamanho duma laranja, baía. Quando comprime esse tumor sente uma dor que se irradia para o anus e parece que este diminui de volume.

De 4 meses para cá a digestão se tornou difícil, perdeu o apetite e emagreceu 5 quilos.

Também ha 4 meses que vem sentindo dor ao urinar, dor essa localizada no canal (sic). Refere também que o jacto urinário é fraco.

Por causa de suas perturbações urinárias é que procurou a Escola Paulista de Medicina, tanto que se internou de inicio, no Serviço de Urologia.

Feitos os exames necessários e nada se encontrando para o lado do aparelho urinário, nesse mesmo Serviço, foram solicitados o exame radiológico do delgado com refeição opaca e o exame radiológico do colon, com enema bariado. Como conclusão o radiologista informou: Sinais radiológicos de discreta enteropatia. Tumor anular do sigmoide, infiltrando órgãos vizinhos e fixando a alça.



Fig. 2

Com o diagnóstico clínico de CA do colon sigmoide é operado em 5 de Novembro de 1951.

Constata-se um tumor estenosante ao nível do sigmoide e aderente à parede posterior da bexiga. A porção proximal do colon se acha dilatada, espessada e cheia de fezes.

Decide-se por uma colostomia, na porção proximal do sigmoide. Deiscência dos planos superficiais no pós-operatório.

Em 3 de Dezembro de 1951 faz-se a ressecção do tumor, e, pensando tratar-se dum cancer, faz-se ligadura alta da mesentérica inferior com colostomia ao nível do transverso e abandonando-se o côto do reto no períneo (Operação de HARTMANN).

Em 1 de Dezembro de 1952 deiscência da sutura com evisceração. Operado faleceu no mesmo dia.

Não foi possível obter autopsia.

Laudo do exame anatomo-patológico do material enviado (colon, peça aberta, e ganglios); Tuberculose miliar produtiva.

B I B L I O G R A F I A

- BARGEN, J. A., COPELAND, M. M. and RANKIN, F. W. — *Tuberculosis of the sigmoid colon simulating a primary malignant lesion.* Annals of Surgery" 91: 79 — 1930.
- BEPARD, L. et PATEL, M. — *Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale* MASSON et Cie. — 1933.
- BRETA, M. M. — *Los tumores inflamatorios del colon.* Sebastian de Amorrontu e Hijos, Buenos-Aires — 1937.
- BROWN, L. and SAMPSON, H. L. *Intestinal Tuberculosis.* Lea and Feliger, 1930.
- CANTOR, A. J. — *Ambulatory Proctology.* Paul B. Hoeber — 1946.
- DAVIS, A. A. — *Hypertrophic intestinal tuberculosis.* "Surgery Gynec. and Obst." 56: 907 — 193.
- DOWDLE, E. — *Tuberculoma of the descending colon.* "Annals of Surgery" 91: 786 — 1930.
- HAYDEN, E. P. — *The rectum and colon.* Lea and Febiger — 1939.
- LOCKHART, MUMERY, J. P. — *Diseases of the rectum and colon and their surgical treatment.* W. Wood and C. — 1934.
- QUENÚ, J. — *Actualités Chirurgicales.* — G. Doin — 1949, pag. 205.
- RANKIN, F. W., BARGEN, J. A. and BOUIE, L. A. — *The colon, rectum and anus.* W. B. Saunders C. — 1935.
- SODRÉ, H. A., CROCE, J. e FARIA, C. V. — *Tuberculose intestinal.* — "Rev. do Hosp. das Clínicas" vol. 1 (3): 317 — 1946.

Movimento do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas em 1952 (*)

DR. ADEMAR ALBANO RUSSI

Médico do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas.

a) DOADORES

No ano de 1952, foram atendidos no Banco de Sangue do Sanatório São Lucas, 847 doadores, cuja distribuição, passaremos a analisar:

1) *Frequência:* a média mensal aritmética foi de 70,6 doadores, com máxima mensal de 126 e um mínimo de 39.

2) *Sexo:* 769 doadores pertencem ao sexo masculino e 88 ao feminino.

3) *Nacionalidade:* Foram sangrados 795 brasileiros e 52 estrangeiros, assim distribuídos.

Português.....	20
Italianos.....	11
Alemães.....	4
Espanhóis.....	4
Poloneses.....	4
Japoneses.....	3
Lituanos.....	2
Ingleses.....	2
Argentinos.....	1
Húngaros.....	1
Sírios.....	1

4) *Côr:* Desses doadores 827 são brancos, 18 pretos e 2 amarelos.

5) *Grupo Sanguíneos:* A distribuição pelos 4 principais grupos sanguíneos foi a seguinte:

Grupo 0	529
Grupo A	262
Grupo B	44
Grupo AB	12

(*) Relatório apresentado à Sociedade em sessão de 13 de julho de 1958.

6) *Volume:* Obtivemos desses doadores 397.450 ccs de sangue citrado.

b) **TRANSFUSÕES:**

Realizaram-se no Sanatório São Lucas em 1952, 750 transfusões das quais 738 de sangue, glóbulos e 12 de plasma, com a média mensal aritmética de 62,5 transfusões.

c) **REAÇÕES:**

Observamos a percentagem de 1% de reações do tipo pirogenético e 2% de reações alérgicas. Não tivemos reação de tipo hemolítico ou de outra natureza.

d) **MOVIMENTO TOTAL:**

Desde a sua fundação, isto é, aos 20 de outubro de 1946, o movimento total do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas, foi o seguinte:

Doadores	5.141
Volume total de sangue citrado obtido	2.684.555 ccs.
Transfusões	4.452